

ORIGINALES

Indicadores para la calidad asistencial y la atención farmacéutica al paciente VIH+

M.^a T. Martín Conde¹, E. Monte Boquet² y R. Morillo Verdugo³

¹Hospital Clinic de Barcelona. ²Hospital La Fe de Valencia. ³Hospital de Valme de Sevilla.

Resumen

Objetivo: Identificar y promover mejoras en la calidad de la atención sanitaria que reciben los pacientes VIH y SIDA en las Unidades Clínicas de los hospitales en nuestro país, incluyéndose y reforzando la perspectiva de Atención Farmacéutica (AF).

Metodología: Para llevar a cabo el proyecto, durante el periodo Enero-Junio de 2012 se definieron las siguientes fases de trabajo. Primero, se realizó una revisión bibliográfica y lectura crítica relacionada con la patología VIH-SIDA y criterios de calidad. A continuación, se llevó a cabo una fase de investigación cualitativa presencial con los expertos participantes. La primera se llevó a cabo mediante dos técnicas: el grupo nominal y una variante de grupos de discusión. La aplicación de las técnicas estuvo apoyada por un soporte informático que permitió la codificación y valoración jerarquizada de las propuestas mediante un sistema automatizado de votaciones. La última fase del proyecto consistió en una reunión presencial, donde se perfilaron los objetivos de la primera reunión y se puso en común todo el trabajo que los subgrupos de trabajo habían elaborado para consensuar los contenidos. De la primera selección de ideas, el equipo de investigación trabajó y priorizó aquellos elementos que describen y dan respuesta a los objetivos planteados. Concretamente, la correcta definición de los indicadores de calidad y de seguridad en el ámbito de la farmacia hospitalaria, elaborándose una ficha que describía cada aspecto a tener en cuenta para la posterior medición del indicador. Por último, se elaboró un plan de actuaciones para mejorar la práctica clínica, sintetizada según su nivel de prioridad.

Resultados: A través de la metodología del proyecto, los expertos identificaron los criterios de calidad en el procedimiento de AF al paciente. Las principales barreras definidas fueron: presión asistencial, Sistemas de gestión de personal, Seguridad y desconocimiento de la farmacoterapia, falta de cultura de calidad y dificultades de acceso a la información. Entre los principales riesgos clínicos identificados destacaron:

Quality healthcare and pharmaceutical care practice indicators to HIV+ patient

Abstract

Objective: To identify and to promote improvements in the quality of the sanitary attention to the HIV+ patients in the Clinical Units of the hospitals in our country, there being included and reinforcing the perspective of Pharmaceutical Care.

Methods: To carry out the project, during the period January-June 2012, the following phases were defined. First, a bibliographical review was realized and reading criticizes related to the pathology HIV and quality criteria. Later, a presential qualitative investigation phase was carried out with the expert participants. The first one was carried out by means of two technologies: the nominal group and a variant of groups of discussion. The application of the technologies was supported by an technical support that allowed the codification and valuation organized. The last phase of the project consisted of a meeting presential, where there were outlined the aims of the first meeting and put jointly all the work that the subgroups of work had elaborated to agree on the contents. Of the first selection of ideas, the equipment of investigation worked and prioritized those elements that describe and give response to the raised aims. Concretely, the correct definition of the safety and quality indicators in the area of the hospital pharmacist, there being elaborated a card that was describing every aspect to bear in mind for the later measurement of the indicator. Finally, a plan of actions was elaborated to improve the clinical practice synthesized according to his level of priority.

Results: Across the methodology of the project, the experts identified the quality criterias in pharmaceutical care procedure. The principal barriers identified were: asistencial pressure, personnel management system's, security and ignorance of the pharmacotherapy, lack of quality culture and difficulties of access to the information. Principals clinical risks identified

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ralejandro.morillo.sspa@junta de andalucia.es (Ramón Morillo Verdugo)

errores en las pautas con los cambios de tratamientos, falta de información de toda la medicación del paciente, falta de recursos asistenciales y de tiempo adecuado para realizar los procesos, falta de comunicación entre profesionales, desconocimiento de interacciones o eventos adversos. Los principales resultados que se extrajeron del análisis de situación fueron que la línea prioritaria de actuación debía pasar por un enlace entre pacientes, especialistas y atención primaria. Igualmente se debería potenciar la gestión clínica de las unidades de VIH, el acceso a la información por todos los profesionales que realizan seguimiento farmacoterapéutico a estos pacientes y la mayor implicación por parte de estos. Por último, se definieron 29 indicadores de calidad en la AF al paciente VIH distribuidos en estructura, procesos y resultados y el plan de mejora para la atención al paciente VIH y su nivel de prioridad considerado.

Discusión: Con este documento se da respuesta a la creciente demanda por homogeneizar la labor asistencial y establecer criterios de calidad comunes que redunden en un beneficio para el sistema sanitario y, en consecuencia, para los profesionales y los pacientes.

PALABRAS CLAVE

Indicadores; Atención farmacéutica; VIH; Calidad

Farm Hosp. 2013;37(4):276-285

Introducción

La calidad asistencial, entre otras definiciones, puede considerarse como el grado en el que el proceso asistencial incrementa la probabilidad de obtener los resultados deseados por el paciente y reduce los no deseados, según el estado actual de los conocimientos. Dicho de otra manera, consiste en disponer y organizar los elementos y recursos de un sistema sanitario para lograr los mejores resultados posibles en el estado de salud y en la calidad de vida de los pacientes y usuarios. En este contexto, el problema es saber cuáles son los resultados que se desean alcanzar y quién debe definirlos, puesto que pueden ser muy diferentes para los pacientes (perspectiva individual, esperando una accesibilidad conveniente a los servicios sanitarios, la debida competencia técnica de los profesionales y una adecuada comunicación interpersonal con ellos), los profesionales sanitarios (perspectiva individual con especial preocupación por el aspecto técnico) o la Administración y las organizaciones sanitarias (perspectiva comunitaria centrada en la mejora del nivel de salud de la comunidad y en aspectos económicos y organizativos). Por lo tanto, la calidad asistencial tiene que ser definida tanto por la comunidad científica como por el profesional sanitario, el paciente, la sociedad y los gestores sanitarios, siendo sus objetivos prioritarios prestar una asistencia sanitaria acorde al estado de la ciencia (medicina basada en la evidencia), lograr cuidados apropiados

were: mistakes in the guidelines with the changes of treatments, lack of information of the whole medication of the patient, lack in resources and time adapted to realize the processes, lack of communication between professionals, ignorance of interactions or adverse events. The principal results that were extracted from the analysis of situation were that the priority line of action had to happen for a link between patients, specialists and primary care. It should promote the clinical management of the units of HIV, the access to the information for all the professionals who realize pharmacotherapeutic follow-up to these patients and the major implication on the part of these. Finally, 29 quality indicators were defined in the pharmaceutical care to the HIV+ patient distributed in structure, processes and results and the plan of improvement for the attention and his level of priority considered.

Discussion: This document gives response to the increasing demand for homogenizing the clinical practice and establishing common criteria of quality that result a benefit for the sanitary system and, in consequence, for the professionals and the patients.

KEYWORDS

Indicators; Pharmaceutical care; HIV; Quality

Farm Hosp. 2013;37(4):276-285

dos a las necesidades de los pacientes, asegurar la continuidad de los cuidados y lograr que los cuidados satisfagan al paciente^{1,2}.

Muchos son los motivos para tratar de alcanzar la calidad en la asistencia sanitaria, tanto de tipo ético (todos los ciudadanos tienen derecho al máximo nivel de salud alcanzable y todos los profesionales son responsables de actuar con calidad en la atención que prestan), social (deber garantizar a los ciudadanos la equidad, accesibilidad, continuidad, adecuación y otros atributos de la atención sanitaria), de seguridad (disminuyendo los riesgos de cualquier innovación), económicos (la asistencia sanitaria implica un enorme consumo en un contexto de recursos limitados) y legales. Pero, además de estos motivos, también es la propia evolución de la sociedad la que exige la máxima calidad, determinando nuevas expectativas y exigencias. Así, el ciudadano espera del profesional sanitario, no solo su capacidad para curar y prevenir la enfermedad y promover la salud, sino también que sean gestores de los recursos disponibles, que actúen dentro de un marco ético, que incorporen valores individuales y colectivos, que sean capaces de tomar decisiones y que comuniquen bien y establezcan empatías con los más variados interlocutores².

En un contexto de calidad total es imprescindible realizar evaluaciones de la calidad asistencial con objeto de mejorar, lo cual implica hacer juicios de valor sobre aspectos concretos de la atención sanitaria cuando se con-

trasta frente a un referente, norma o criterio. Toda evaluación en calidad implica, al menos, tres aspectos: hacer comparaciones entre la situación actual y aquella que se considera adecuada, óptima o excelente, establecer un referente, norma o criterio y valorar los progresos en el nivel de calidad, considerando nuevas mejoras. En definitiva, se trata de saber qué medir para mejorar, cómo medirla, qué nivel se quiere alcanzar y si se mantienen los niveles de calidad. Para ello se emplean criterios, indicadores y estándares.

Hasta hace poco³, la implantación de sistemas de garantía de calidad asistencial era escasa en el campo de la infección VIH. Sin embargo, en 2010 GESIDA publicó el documento "Indicadores de calidad asistencial de GESIDA para la atención de personas infectadas por el VIH/SIDA", donde se recogen 66 indicadores (5 de estructura, 45 de proceso y 16 de resultados), 22 de los cuales son considerados relevantes de modo que GESIDA recomienda a todas las unidades VIH su monitorización sistemática. Este documento puede ser considerado una referencia en el campo de la calidad asistencial en la infección VIH/SIDA, si bien apenas contempla aspectos relacionados con la Atención Farmacéutica (AF) a estos pacientes⁴.

La AF a pacientes externos en general y a pacientes VIH en particular, se ha consolidado a lo largo de los años en los servicios de Farmacia de los hospitales como un proceso asistencial que tiene cada vez más relevancia, por lo que debe incluirse en los programas de garantía de calidad y debe ser monitorizado y evaluado de forma continua. Teniendo en cuenta que la AF a pacientes externos es uno de los procesos que inciden de un modo más directo sobre el concepto que el cliente final (el paciente) adquiere de la organización (servicio de farmacia, hospital), es necesario conocer hasta qué punto la calidad de la asistencia que se presta satisface sus expectativas¹.

El objetivo general del proyecto es identificar y promover mejoras en la calidad de la atención sanitaria que reciben los pacientes VIH y SIDA en las Unidades Clínicas de los hospitales en nuestro país, incluyéndose y reforzando la perspectiva de AF.

Metodología

Para llevar a cabo el proyecto, durante el periodo Enero-Junio de 2012 se definieron las siguientes fases de trabajo.

En primer lugar, se realizó una revisión bibliográfica relacionada con la patología VIH-SIDA, con el objetivo de identificar y analizar trabajos publicados e indexados en OVID. En la misma, se recurrió a descriptores que incluyeran los términos "estándar, estándares de calidad e indicadores". Asimismo, se incluyeron dos aspectos esenciales para el proyecto, "seguridad de paciente" y "asistencia sanitaria o prestación de cuidados y aseguramiento de la calidad". El periodo dentro del cual se seleccionaron los estudios fue 2000-2011.

Tras la revisión bibliográfica se realizó una lectura crítica de las referencias de los artículos recuperados, en una fase de búsqueda secundaria, con objeto de identificar otras posibles referencias de interés para el proyecto.

A continuación, se llevó a cabo una fase de investigación cualitativa trabajando de forma presencial con los expertos participantes en el proyecto. Los criterios para seleccionar a los profesionales participantes en el grupo de trabajo fueron: Profesionales con una amplia experiencia en el área asistencial de su competencia. Profesionales de reconocido prestigio en sus ámbitos de trabajo. Profesionales motivados con aspectos relacionados con la mejora de la calidad. La elección adecuada de los miembros del panel, junto a la coordinación y la dirección del proyecto, se consideraron requisitos esenciales para que el resultado del proyecto tuviese validez interna, es decir, credibilidad y, por otra parte, validez externa y aplicabilidad. Finalmente los expertos participantes fueron un total de 10, en concreto: 1 responsable de Atención Primaria; 3 Farmacéuticos Hospitalarios miembros de la SEFH (Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria); 4 clínicos de servicios de enfermedades infecciosas de diferentes hospitales del territorio nacional representando, uno de ellos, al grupo VACH (Grupo Español de Estudios VIH/ACH); 2 coordinadores con una amplia experiencia y formación en calidad asistencial, miembros pertenecientes a la junta directiva de la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA).

La primera reunión presencial se llevó a cabo mediante dos técnicas: el grupo nominal y una variante de los grupos de discusión. La aplicación de las técnicas estuvo apoyada por un soporte informático que permitió la codificación y valoración jerarquizada de las propuestas mediante un sistema automatizado de votaciones. En este caso, se formuló una introducción explicativa del propósito de la reunión y presentación del proyecto. Se especificó el tiempo previsible que llevaría la reunión y qué duración tendría el proyecto. La sesión quedó registrada mediante grabadoras digitales sin identificación de la persona que hablaba en cada momento. Quedó garantizado el anonimato y la confidencialidad del material grabado.

Una vez elegidos los temas de debate y configurado el panel, para identificar las ideas sobre las que existía un mayor consenso, se pidió a los expertos que ponderasen, según la relevancia, cada una de las ideas que habían surgido durante el debate. La ponderación se realizó a través de una técnica interactiva con una escala de respuesta fijada de 0 a 5, donde 0 representaba que la idea propuesta no era relevante, en opinión del experto y 5, muy relevante.

En esta reunión se plantearon un total de cinco preguntas clave. Estas preguntas se elaboraron por consenso del grupo de investigación y de la dirección del proyecto a partir de la revisión realizada del tema en cuestión de los documentos revisados.

Las preguntas fueron presentadas de forma secuencial recogiendo y priorizando, a través de la votación de los

expertos, las distintas ideas surgidas para cada una de ellas. Las preguntas que se sometieron al debate de los expertos fueron las incorporadas a la tabla 1.

El debate finalizó con un resumen de las principales conclusiones de cada una de las preguntas planteadas, un listado inicial de posibles criterios de farmacia hospitalaria en la atención a pacientes con VIH-SIDA y una revisión de la agenda de trabajo del proyecto y la definición final de los objetivos específicos definidos para el proyecto, incluyéndose:

- Establecer la Cartera de Servicios de las Unidades Clínicas de atención a los pacientes VIH y SIDA en los hospitales.
- Identificar las principales barreras, dificultades o limitaciones que, en la actualidad, dificultan una atención de calidad conforme a los criterios establecidos por GESIDA en 2010.
- Identificar los principales riesgos para la seguridad del paciente VIH y SIDA.
- Identificar propuestas de actuación para promover una atención integral e integrada, una mayor coordinación de recursos y dispositivos asistenciales, el fomento de la autonomía del paciente y el apoyo a los familiares.
- Profundizar en la identificación de indicadores de calidad y de seguridad del paciente en el ámbito de la Farmacia hospitalaria implicados en el tratamiento de este tipo de patología.
- Analizar perfiles y necesidades de los propios profesionales para incrementar la seguridad de los pacientes.

Tabla 1. Cuestiones sometidas a debate por parte de los expertos participantes en el proyecto

Cartera de Servicios de las Unidades Clínicas de atención a los pacientes VIH y SIDA en los hospitales
– Actividad asistencial. – Atención centrada en el paciente. – Gestión del conocimiento.
Barreras, dificultades o limitaciones que, en la actualidad, dificultan una atención de calidad conforme a los criterios establecidos por GESIDA en 2010
– Limitaciones a la calidad asistencial en las unidades clínicas. – Fallos del Sistema de Salud. – Fallos de las unidades clínicas. – Riesgos para la seguridad del paciente VIH y SIDA.
Indicadores de calidad y de seguridad del paciente en el ámbito de la Farmacia hospitalaria
– Selección (adecuación) del fármaco. – Prescripción. – Preparación y dispensación. – Seguimiento del paciente. – Seguridad del paciente.
Actuaciones complementarias a las propuestas por GESIDA 2010¹ para un plan de mejora que contemple propuestas para mejorar la práctica clínica con pacientes VIH y SIDA
– Propuestas de actuación para promover una atención integral e integrada. – Promover una coordinación de recursos y dispositivos asistenciales. – Fomentar la autonomía del paciente y el apoyo a familiares. – Promover la implicación de los profesionales de las Unidades Clínicas, de la farmacia hospitalaria y de la Atención Primaria.
Competencias profesionales e investigación e innovación
– Perfil idóneo del profesional de las unidades clínicas. – Perfil idóneo del profesional de farmacia hospitalaria. – Necesidades de los profesionales para incrementar la seguridad de los pacientes. – Condiciones para promover la investigación traslacional en VIH y SIDA.

- Identificar condiciones para promover la investigación traslacional en VIH y SIDA.
- Diseñar un plan de mejora que contemple propuestas para mejorar la práctica clínica en pacientes VIH y SIDA.
- Consensuar un marco de actuaciones para promover mejoras en la calidad de la atención sanitaria de los pacientes VIH y SIDA en los hospitales del Sistema Nacional de Salud y llevar a cabo su difusión entre clínicos, gestores y administraciones sanitarias.

Posteriormente, de forma no presencial y tras la primera reunión, se constituyeron grupos de trabajo dedicados a elaborar y a profundizar diferentes aspectos del proyecto.

Para finalizar, en una última reunión, trabajando de nuevo con técnicas de investigación cualitativa, se llevó a cabo la última sesión presencial del proyecto.

La última fase del proyecto consistió en una reunión presencial, donde se perfilaron los objetivos de la primera reunión y se puso en común todo el trabajo que los subgrupos de trabajo habían elaborado para consensuar los contenidos. Además, se plantearon tres preguntas clave que se trabajaron mediante técnicas de investigación cualitativa, de nuevo al grupo nominal y a los grupos de discusión, apoyados por un sistema de radiofrecuencia que permitía ponderar ciertos aspectos para mostrar las cuestiones más prioritarias desde el punto de vista de los expertos. Concretamente, se trabajaron las siguientes cuestiones:

- Propuestas para mejorar la práctica clínica en pacientes VIH-SIDA, junto con un marco de actuaciones para promover mejoras en la calidad de la atención sanitaria de los pacientes VIH y SIDA en los hospitales del Sistema Nacional de Salud, y llevar a cabo su difusión entre clínicos, gestores y administraciones sanitarias.
- Identificación de los principales riesgos para la seguridad del paciente VIH y SIDA.
- Identificar propuestas de actuación para promover una atención integral e integrada, mayor coordinación de recursos y dispositivos asistenciales, el fomento de la autonomía del paciente y el apoyo a familiares.

Esta sesión finalizó con una primera propuesta consensuada de los elementos y contenidos que formarían parte del manual sobre la calidad de la atención sanitaria en pacientes VIH-SIDA por parte del grupo de expertos, junto con el establecimiento de una agenda de trabajo para que cada uno de los subgrupos finalizase y concluyese cada una de las secciones asignadas del manual.

De cada una de las reuniones presenciales, surgió un listado de propuestas e ideas en el grupo para cada una de las preguntas planteadas. Cada una de las tablas que

se muestran en los capítulos de resultados que se ofrecen a continuación, aparecen ordenadas según la media de mayor a menor puntuación o según la espontaneidad en defecto de la media.

Se incluyeron las siguientes medidas: espontaneidad (si una misma idea es espontáneamente sugerida por más de un experto o ideas coincidentes entre diferentes expertos). Media o intensidad de la recomendación (priorización de las propuestas en una escala de 0 a 5 puntos). Coeficiente de variación: midiendo la variabilidad de cada uno de las ideas aportadas. A mayor valor del coeficiente de variabilidad, mayor heterogeneidad entre los valores otorgados por los expertos a la idea propuesta y, a menor valor del coeficiente de variabilidad, mayor homogeneidad entre los valores otorgados por los expertos a la idea propuesta.

De esta primera selección de ideas, tanto los subgrupos de trabajo como el equipo de investigación han trabajado y priorizando aquellos elementos que describen y dan respuesta a cada uno de los objetivos planteados en el proyecto.

En concreto, en la correcta definición de los indicadores de calidad y de seguridad del paciente en el ámbito de la farmacia hospitalaria en el tratamiento del VIH-SIDA, se elaboró una ficha que describía cada aspecto a tener en cuenta para la posterior medición del indicador.

Por último, otro de los aspectos destacados en el desarrollo del proyecto consistió en la elaboración de actuaciones para mejorar la práctica clínica en los pacientes VIH-SIDA. En la primera reunión se definieron acciones que fueron priorizadas en la segunda reunión como áreas de mejora. Dichas áreas de mejora posteriormente se revisaron y sintetizaron según su nivel de prioridad.

Resultados

Finalmente, los criterios de calidad en el procedimiento de AF al paciente VIH considerados por los expertos como prioritarios se incluyen en la tabla 2.

En la tabla 3, se muestran las barreras definidas por los expertos. Las que fueron mas puntuadas por los expertos y que obtuvieron mayor puntuación en la valoración, superior a cuatro puntos sobre cinco, fueron: presión asistencial (4,25), Sistemas de gestión de personal (4,13), Seguridad y desconocimiento de la farmacoterapia (4,13), falta de cultura de calidad de los centros (4,00) y dificultades de acceso a la información (4,00).

En este sentido el proyecto identificó los principales riesgos clínicos para los pacientes VIH+ entre los que se destacaron: errores en las pautas con los cambios de tratamientos (4,67), falta de información de toda la medicación del paciente (4,67), falta de recursos asistenciales y de tiempo adecuado para realizar los procesos (4,67), falta de comunicación entre profesionales (4,33), desconocimiento de interacciones o eventos adversos (4,33).

Tabla 2. Criterios de calidad en el procedimiento de Atención Farmacéutica

ESTRUCTURA	
Local	
– Zona diferenciada debidamente señalizada, de fácil acceso y sin barreras arquitectónicas que facilite la comunicación y respete la confidencialidad.	
Material	
– Base de datos que integre toda la información farmacoterapéutica del paciente y se encuentre conectada con otros programas (gestión de medicamentos, datos de laboratorio, gestión de citas, etc.).	
– Sistema de historia farmacoterapéutica que recoja toda la medicación prescrita y dispensada, así como cualquier otra medicación que esté tomando el paciente.	
– Programa de gestión de citas.	
– Teléfono y conexión a Internet para facilitar el acceso a la información necesaria.	
– Preferentemente se dispondrá de sistemas robotizados de dispensación para disminuir los errores de dispensación y facilitar la gestión de stocks.	
– Sistema de control de caducidades.	
– Sistema de prescripción electrónica asistida o, en su defecto, impreso normalizado de prescripción en el que consten las especificaciones recogidas en la normativa de receta médica.	
Personal	
– La Unidad de Atención Farmacéutica a Pacientes Externos deberá estar bajo la responsabilidad directa de un farmacéutico especialista en Farmacia Hospitalaria.	
– Deberá disponer de farmacéuticos y personal de apoyo suficientes en número y competencia para realizar correctamente el proceso de atención al paciente y gestión de medicación.	
ACTIVIDAD	
General	
– Horario lo más amplio posible, preferiblemente mañana y tarde, y que cubra en todo caso el horario de consultas de la unidad de enfermedades infecciosas.	
– El periodo de dispensación se valorará individualmente, considerando las condiciones del paciente, el seguimiento correcto del tratamiento y la gestión de los recursos disponibles.	
– Es conveniente que el personal esté identificado mediante nombre y titulación.	
Dispensación	
– La dispensación sólo podrá realizarse mediante prescripción electrónica o impreso normalizado.	
– La dispensación se deberá registrar individual y electrónicamente y garantizar la correcta trazabilidad de los medicamentos dispensados respecto a paciente, fecha, medicamento dispensado y unidades dispensadas.	
– Los medicamentos se dispensarán preferiblemente en su envase original y, en todo caso, de forma que se garantice su correcta identificación, dosis, lote y caducidad.	
Atención farmacéutica	
– Se dispondrá de un modelo de Atención Farmacéutica individualizada.	
– Como mínimo el farmacéutico deberá atender al paciente al inicio del tratamiento y ante cualquier cambio o problema relacionado con la medicación.	
– Se deberá disponer de un sistema de selección de los pacientes con un mayor riesgo de problemas relacionados con los medicamentos.	
– El farmacéutico procurará averiguar el grado de conocimiento del paciente sobre su enfermedad y tratamiento, así como de aspectos de su estilo de vida que considere necesarios para planificar adecuadamente la toma de la medicación.	
– Deberá garantizar la adecuación del tratamiento prescrito en cuanto a indicación, dosis y pauta.	
– Proporcionará al paciente información oral y escrita adaptada a su nivel sociocultural.	
– Informará y ofrecerá consejo al paciente para minimizar la aparición de reacciones adversas.	
– Revisará la historia farmacoterapéutica del paciente, incluyendo automedicación y medicina alternativa, para poder prevenir, detectar y corregir problemas relacionados con la medicación.	
– Informará a los pacientes de las normas de dispensación, horarios y documentación requerida, y facilitará un nombre y un teléfono de contacto.	
– Asegurará la comprensión del tratamiento por parte del paciente.	
– Monitorizará y fomentará de forma activa la adherencia al tratamiento.	
– Facilitará los datos de adherencia a los clínicos mediante un informe periódico o preferentemente haciéndolos constar en la historia clínica.	
– Registrará las intervenciones farmacéuticas en la historia clínica.	

Tabla 2. Criterios de calidad en el procedimiento de Atención Farmacéutica (cont.)**Comunicación con el equipo asistencial**

- El farmacéutico participará en todos los aspectos terapéuticos asistenciales relacionados con la farmacoterapia antirretroviral.
- Participará en sesiones periódicas conjuntas con los clínicos para valorar distintos aspectos relacionados con el tratamiento.
- Establecerá un modelo de informe y sistema de comunicación con los clínicos, con el envío periódico de información estandarizada.
- Potenciará la información al personal sanitario sobre aspectos relacionados con los medicamentos.
- Desarrollará e implementará de forma continua sistemas de información para el seguimiento clínico y económico dinámico y adaptado al paciente, al clínico, a la propia institución y a las autoridades sanitarias.

Docencia/formación

- Se deberá alcanzar un alto nivel de formación científica.
- Se participará en la docencia de farmacéuticos residentes y otros farmacéuticos.
- Se fomentará la docencia de todo el personal implicado en la unidad y se garantizará la docencia específica y la supervisión de todo personal de nueva incorporación.

Investigación

- Se realizarán estudios de investigación enfocados a la obtención de conocimientos relevantes para mejorar la utilización de medicamentos y su impacto clínico en los pacientes, así como investigación sobre los resultados clínicos y económicos de la Atención Farmacéutica al paciente VIH.
- Se fomentará la participación en estudios liderando o colaborando con otros grupos.

Calidad

- Se dispondrá de procedimientos normalizados de trabajo que sirvan como directrices de las actividades realizadas y que aseguren la calidad del proceso.
- Se elaborará un sistema de indicadores de actividad, económicos y de calidad.
- Se evaluarán regularmente los resultados obtenidos y se instaurarán acciones encaminadas a corregir posibles deficiencias detectadas.
- Se dispondrá de un sistema de recogida de quejas y reclamaciones y se realizará periódicamente una encuesta para valorar satisfacción de los pacientes.

Gestión

- Se participará en la evaluación y selección de los medicamentos antirretrovirales con criterios de eficiencia y adecuación a las necesidades de los pacientes.
- Se tomarán medidas para minimizar los costes del tratamiento mediante antirretroviral.
- Se implantarán sistemas de información que permitan la asignación de costes por paciente y por esquema de tratamiento.

Tabla 3. Barreras, dificultades y limitaciones identificadas por los participantes en el proyecto**Barreras, dificultades o limitaciones**

- Presión asistencial.
- Sistemas de gestión de personal ineficientes.
- Desconocimiento de toda la medicación que toma el paciente (hospital-primaria-otras especialidades-automedicación).
- Falta de cultura de calidad en los centros, no se dispone de un registro adecuado de actividad.
- Dificultades de acceso a la información del paciente.
- El sistema no es ecuánime en medios y recursos, debería haber financiación específica de nuevas prestaciones.
- Escasa coordinación entre niveles asistenciales.
- Falta fomentar la cultura de seguridad del paciente.
- Mala definición de objetivos reales-relevantes.
- Falta potenciación acto único, mismo día medicación y la consulta.
- Brecha entre clínicos y gestores.
- No se dispone de tiempo para la detección y comunicación al paciente de efectos adversos e interacciones.
- Crisis económica, limitación del uso de recursos.
- Fallos, variabilidad práctica no medida.
- Variabilidad en la práctica clínica de los gestores, variabilidad práctica no medida.
- Escasa coordinación entre miembros de equipos multidisciplinares.
- Falta de formación en tratamiento ARV de otros profesionales que pueden atender al paciente (primaria, ingreso en otras salas, etc.).
- Resistencia al cambio, escasa receptividad a ideas externas.
- No se dispone de formación reglada para dar continuidad a las futuras generaciones.

Los principales resultados que se extrajeron del análisis de situación fue que la línea prioritaria de actuación debía pasar porque se produzca un enlace entre pacientes, especialistas y atención primaria. Igualmente se debería potenciar la gestión clínica de las unidades de VIH, el acceso a la información por parte de todos los profesionales que inte-

gran el seguimiento farmacoterapéutico a este tipo de pacientes y la mayor implicación por parte de estos.

En la tabla 4 se resumen los indicadores de estructura, procesos y resultados resultantes de la aplicación metodológica del proyecto. Destacan la disponibilidad de una consulta de AF al paciente VIH y la disponibilidad de farmacéu-

Tabla 4. Resumen de indicadores propuestos para la Atención Farmacéutica al paciente VIH

Indicadores de estructura			
N.º	Nombre	Medición	Estándar
1	Disponibilidad de consulta de atención farmacéutica al paciente VIH	Anual	100%
2	Disponibilidad de farmacéuticos suficientes en número y competencia para realizar correctamente el proceso de atención farmacéutica	Anual	100%
3	Disponibilidad de un horario de dispensación adaptado a las necesidades del paciente	Anual	100%
4	Existencia de un plan de coordinación entre la Unidad de Enfermedades Infecciosas y la UFPE	Anual	100%
5	Disponibilidad de un sistema de control de caducidades	Anual	< 5%
6	Disponibilidad de prescripción electrónica para la medicación de uso hospitalario	Anual	100%
Indicadores de proceso			
7	Pacientes que inician o cambian de tratamiento atendidos por un farmacéutico	Trimestral	98%
8	Pacientes con informes de monitorización de la adherencia en la historia clínica	Trimestral	> 90%
9	Pacientes con monitorización de la adherencia	Trimestral	100%
10	Adecuación de las pautas iniciales de TARV a las guías españolas de tratamiento antirretroviral (GESIDA/Plan Nacional del SIDA)	Anual	95%
11	Existencia de un sistema de identificación de los pacientes con un mayor riesgo de problemas relacionados con la medicación	Anual	100%
12	Correcta disponibilidad de medicación	Trimestral	< 1%*
13	Adecuación en la selección del tratamiento antirretroviral de inicio entre la guía farmacoterapéutica y las guías nacionales (GESIDA/Plan Nacional del SIDA)	Anual	< 1%
14	Disponibilidad de procedimientos normalizados de trabajo	Anual	100%
15	Pacientes que inician o cambian de tratamiento a los que se les da información escrita	Trimestral	100%
16	Pacientes con registro de la medicación concomitante	Semestral	> 80%
17	Intervenciones farmacéuticas realizadas	Trimestral	95%
18	Pacientes con carga viral indetectable (< 50 copias/ml)	Semestral	> 80%
(*) Faltas de existencias que impliquen no poder realizar la dispensación			
Indicadores de resultado			
19	Pacientes naive con carga viral indetectable (< 50 copias/ml) en la semana 48 de tratamiento	Semestral	> 80%
20	Errores de dispensación	Trimestral	< 5%
21	Prescripciones validadas por el farmacéutico en inicios y cambios de tratamiento	Trimestral	98%
22	Pérdidas de seguimiento	Semestral	< 10%
23	Pacientes con problemas relacionados con la medicación (PRM) evitables	Trimestral	< 10%
24	Satisfacción del paciente	Anual	≥ 8 [#]
25	Intervenciones farmacéuticas aceptadas	Trimestral	> 90%
26	Formación continuada	Anual	≥ 1 [§]
27	Satisfacción del paciente (Quejas/Reclamaciones)	Anual	< 1% [§]
28	Participación en proyectos de investigación en VIH	Anual	≥ 1
29	Publicaciones y comunicaciones a congresos relacionadas con el VIH	Anual	≥ 1

[#]Medición con encuesta de satisfacción (escala de 1 a 10); [§]Número de cursos realizados durante el último año relacionados con la atención al paciente VIH; [§]Número de reclamaciones x 100/Número de pacientes atendidos.

Tabla 5. Plan de mejora para la atención al paciente VIH y nivel de prioridad considerado

Plan de mejora	Nivel de prioridad
1. Disponer de una historia clínica unificada entre todos los niveles asistenciales en el conjunto del sistema de salud (integración sistemas información electrónica)	5,00
2. Diseñar alianzas entre farmacia-unidades/servicios infecciosos-atención primaria	5,00
3. Poner en marcha unidades de gestión clínica para VIH/SIDA. Implantar la gestión clínica	5,00
4. Potenciar acto único asistencial (medicación, consulta, etc. en el mismo día)	4,67
5. Avanzar en el desarrollo entre los profesionales de una cultura de calidad y seguridad del paciente. Incentivar la realización de programas de calidad y seguridad por parte de sociedades científicas	4,67
6. Identificar perfiles de riesgo de pacientes que actualmente no reciben un tratamiento adecuado, por baja persistencia o cumplimiento, razones de residencia, etc.	4,67
7. Desarrollo institucional (hospital, consejería, SNS) de una estrategia basada en las herramientas de la web 2.0, fomentar la consulta electrónica, telemedicina con los pacientes y con atención primaria	4,67
8. Establecer un plan de formación/información al paciente buscando su mayor implicación en el proceso asistencial	4,67
9. Establecer criterios para la acreditación de servicios y unidades que atienden a pacientes VIH/SIDA	4,67
10. Reducir variabilidad en la toma de decisiones entre los gestores sanitarios de una misma y de distintas CCAA en lo referente a aspectos organizativos, prestaciones y terapéutica	4,67
11. Definición de objetivos (ligados a incentivos) clínicos, de enfermería y económicos	4,33
12. Promover la detección precoz en atención primaria	4,33
13. Que el clínico reciba información periódica de los resultados de la atención global que recibe el paciente en cualquier dispositivo asistencial	4,33
14. Reforzar la interconexión de los diferentes estamentos sanitarios con trabajadores sociales, ONG, asociaciones de pacientes, estructuras comunitarias, etc.	4,33
15. Fomentar y reforzar la coordinación entre niveles, con dos dianas: atención primaria y salud mental	4,33
16. Creación de consultas atención farmacéutica monográficas	4,33
17. Definir una cartera de servicios uniforme para el conjunto de las CCAA	4,33
18. Revisar los criterios para la formación de los futuros especialistas. Asegurar el relevo generacional	4,33
19. Que las sociedades científicas definan tiempos recomendados para atender a cada paciente por profesional	4,00
20. Insistir en las acciones para la prevención primaria: por ejemplo, ofrecer la posibilidad de incluir test VIH	4,00
21. Formación en gestión de economía de la salud para clínicos de unidades/servicios de infecciosos	4,00
22. Formación dirigida a profesionales de atención primaria y a otros especialistas para garantizar unos mínimos criterios de calidad asistencial en la atención al paciente VIH/SIDA. Formación específica en tratamiento ARV	4,00
23. Definir servicios específicos para perfiles de pacientes con necesidades especiales, por ejemplo pacientes en prisión	4,00
24. Reducir la variabilidad actual en la atención clínica que reciben los pacientes	3,67
25. Difundir información para promover la prevención primaria y secundaria. Diseñar soportes audiovisuales sobre enfermedad, tratamiento, adherencia	3,67
26. Difusión de proyectos/programas asistenciales en marcha o ya realizados entre los colectivos profesionales	3,67
27. Revisar los criterios para la contratación de personal para las unidades/servicios de infecciosos	3,67
28. Facilitar que el paciente acceda a su información clínica	3,67
29. Promover la implicación de enfermería en la investigación	3,33

ticos suficientes en número y competencia para realizar correctamente el proceso, dentro de los indicadores de estructura. De entre los de procesos, se primaron fundamentalmente que los pacientes que inician o cambian un tratamiento sean atendidos por un farmacéutico siempre, que los pacientes tengan informes de adherencia en la historia clínica, que los pacientes sean monitorizados para valorar su adherencia periódicamente y que la selección de pautas iniciales se adecuen a las guías de tratamiento nacionales. Por último, en cuanto a los indicadores de resultados, se primó que los pacientes tengan carga viral indetectable, una adherencia superior al 95%, que los pacientes naive tengan carga viral indetectable a la semana 48, que no existan errores de dispensación, que las dispensaciones sean validadas por un farmacéutico, se identifiquen las pérdidas de seguimiento, los problemas relacionados con los medicamentos y se mida la satisfacción de los pacientes. El Plan de Mejora para la atención al paciente VIH y nivel de prioridad considerado se expone en la tabla 5.

Discusión

La definición y desarrollo de la AF al paciente VIH+ se ha ido amoldando a los cambios existentes a nivel asistencial y farmacoterapéutico, llegando a ser a día de hoy un elemento clave en la actividad de la mayoría de centros hospitalarios en nuestro país⁵⁻⁷. Aunque el nivel actual de la AF en España es aceptable, aun dista de alcanzar los niveles de calidad y, sobre todo, homogeneidad, deseables⁸. La capacidad de generación de evidencias científicas que ha conllevado esta patología y la incorporación paulatina de nuevos fármacos ha supuesto que, en ocasiones, no existan unas pautas correctas y validadas de actuación destinadas a llevar a cabo un correcto seguimiento farmacoterapéutico de este tipo de pacientes^{9,10}.

Pese a los esfuerzos realizados y las recompensas obtenidas durante los últimos años, es necesario ser autocríticos para seguir mejorando¹¹⁻¹³. Indudablemente, se ha trabajado con diferentes lastres que han minado la posibilidad de maximizar la aportación a este tipo de pacientes, como se ha recogido en este documento¹⁴. Entre ellos destacan: presión asistencial, sistemas de gestión de personal ineficientes, escasa coordinación entre niveles asistenciales y, en consecuencia una falta de cultura de calidad en los centros.

Ni que decir tiene que estas carencias profesionales, repercuten indudablemente en la eficiencia de nuestro sistema sanitario. Si a eso le sumamos la perspectiva de los pacientes, donde podemos afirmar que todos tienen el derecho a disponer de una AF de calidad y adecuada a su nivel de enfermedad, podemos afirmar que el modelo actual, presente en la mayoría de centros hospitalarios, ya ha tocado techo y, por ello, es necesario establecer un sistema de mejora permanente¹⁵.

Lógicamente, hay que indicar que, una vez conocidos estos indicadores, es necesario identificar en qué medida son puestos en práctica y establecer un modelo de mejora

continua y reevaluación de los mismos, lo que generara una permanente actualización de los mismos y una reoptimización de los procesos asistenciales, especialmente los de AF.

En conclusión, con este documento se da respuesta a la creciente demanda por homogeneizar la labor asistencial y establecer criterios de calidad comunes que redunden un beneficio para el sistema sanitario y, en consecuencia, para los profesionales y los pacientes.

Bibliografía

1. Monte E, García A. Criterios e indicadores de calidad en atención farmacéutica a pacientes externos". En: Principios de Atención Farmacéutica y Práctica Clínica en Pacientes Externos. Madrid: GSK; 2007.
2. SESCOAM. Manual de calidad asistencial. SESCOAM servicio de salud de Castilla-La Mancha. Depósito legal: M. 19319-2009. Disponible en: www.sescam.jccm.es. [consultado el 15 de Febrero de 2012].
3. Informe ONUSIDA para el día mundial del SIDA 2011. Disponible en: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2216_WorldAIDSday_report_2011_es.pdf [Consultado el 30 de Julio de 2012].
4. Von Wichmann MA, Locutura J, Blanco JR, Riera M, Suárez-Lozano I, Saura RM et al. Indicadores de calidad asistencial de GESIDA para la atención de personas infectadas por el VIH/SIDA. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2010;28(5):6-88.
5. ASHP Statement on the Pharmacist's Role in the Care of Patients with VIH Infection. *Am J Health-Syst Pharm* 2003;60:1998-2003.
6. Codina C, Delgado O. Recomendaciones para desarrollar un programa de atención farmacéutica al paciente VIH. Disponible en: http://www.sefh.es/sefhdescargas/arcVIHos/Paciente_VIH.pdf. [consultado el 15 de Febrero de 2012].
7. Criterios de calidad para la acreditación de los servicios de farmacia hospitalaria [Monografía]. Comunitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Direcció General d'Ordenació, Avaluació i Investigació Sanitària. Valencia, 2005.
8. Ibarra O, Ortega L; en representación del Grupo VIH de la SEFH. Encuesta de la situación de la atención farmacéutica en el paciente con VIH en España. *Farm Hosp* 2008;32:170-7.
9. Documento de consenso de GESIDA/Plan Nacional sobre el SIDA Respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la Inmunodeficiencia Humana. Disponible en: <http://www.gesida.seimc.org/pcientifica/fuentes/DcyRC/gesidadcyrc2012-Docmentoconsenso-TAR-adulto-verpc.pdf>. [Consultado el 25 de Mayo de 2012].
10. Manual para la Acreditación de los Servicios de Farmacia Hospitalaria del Instituto para la Acreditación y Evaluación de las Prácticas Sanitarias (INACEPS). Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat, 2009.
11. Orden de 31 de julio de 2001 de la Conselleria de Sanitat de creación de las Unidades de Atención Farmacéutica a Pacientes Externos (UFPE) (DOGV-4.064 de 14 de agosto de 2001).
12. Ventura JM, Sanfélix G, Monte E, Fernández EM, Alós M. Satisfacción percibida por pacientes infectados por el VIH con la unidad de atención farmacéutica a pacientes externos (UFPE). *Farm Hosp* 2005;29(2):134-9.
13. Panel de expertos de Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida (SPNS), Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) y Grupo de Estudio del Sida (GESIDA). Mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral. Recomendaciones de la SPNS/SEFH/GESIDA. *Farm Hosp* 2008;32(6):349-57.
14. Morillo R, Jiménez R, Almeida C. Perspectiva multidisciplinar del apoyo a la adherencia antirretroviral en Andalucía Estudio AND-HALUSIDA. *Farm Hosp* 2012;36(5):410-23.
15. Morillo Verdugo R, Illaro Uranga A, Margusino Framinan L. Hacia un nuevo modelo de practica asistencial en la atención farmacéutica al paciente VIH+. *Farm Hosp* 2013;37(1):1-3.